Ueber acutes Oedem.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

in der Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

unter Zustimmung der medicinischen Facultät

zu Kiel

geschrieben von

Eugen Dinkelacker,

Einj.-freiw. Marinearzt,

aus Schwäbisch-Hall.

KIEL.

Druck von C. F. Mohr (P. Peters).

1882.

Referent:
QUINCKE.

Imprimatur:
LITZMANN.
Dekan.

Seinem Vater

aus Dankbarkeit

gewidmet

vom Verfasser.

Ueber acutes Oedem.

In den letzten Jahren sind in einigen Zeitschriften Mittheilungen gemacht über einige Krankheitsfälle, über deren Wesen und Aetiologie die Ansichten der Berichterstatter nicht ganz einig, aber zum grossen Theil doch dahin gerichtet sind, dass dieselben unter die Kategorie der cutanen Angioneurosen zu rechnen seien.

Es handelt sich im Wesentlichen um Folgendes: Bei einem sonst ganz gesunden Menschen sehen wir plötzlich an verschiedenen beliebigen Stellen ödematöse Anschwellungen der äusseren Haut und der Schleimhäute auftreten, die ebenso rasch verschwinden als sie entstanden sind; in einigen Fällen finden sich daneben Eruptionen von Quaddeln. Objectiv ist in keinem inneren Organ eine tiefere Erkrankung nachzuweisen; das Allgemeinbefinden ist ungestört.

Wir sehen auf dem Gebiete der Angioneurosen die verschiedensten Hautaffectionen vertreten; wenn die Zugehörigkeit der im Vorliegenden beschriebenen Krankheit zu denselben erwiesen wird, so haben wir in derselben eine neue, bis jetzt nicht als selbständig gekannte Aeusserung dieser Gefässnervenstörung.

Mein verehrter Herr Lehrer, Prof. Dr. Quincke, hat mich auf die eigenartige Krankheit aufmerksam gemacht und hatte die Freundlichkeit, die Veröffentlichung einiger neuer, von ihm beobachteter Fälle mir zu gestatten und mich zu einer Betrachtung des Krankheitsbildes anzuregen. Dasselbe gibt uns genügend Symptome an die Hand, um es zu diesen Angioneurosen zu zählen, wenn auch nicht

vollständig im Sinne der bisher bekannten Affectionen. Indem jene nur durch Veränderung in der Lichtung der Gefässe erklärt werden, glauben wir bei unserer Krankheit neben diesen Vorgängen noch andere später anzudeutende heranziehen zu müssen.

Von den neuen Fällen, deren Mittheilung Herr Prof. Dr. QUINCKE mir erlaubte, sind namentlich zwei sehr instructiv für die in Rede stehende Krankheit. Auch ich selbst habe ganz vor Kurzem einen sehr interessanten Fall dieser Art beobachtet, den ich mir in Folgendem ebenfalls mitzutheilen erlaube.

Die zuerst beschriebenen nicht veröffentlichten Fälle sind ausführlicher, die veröffentlichten in Form eines Auszugs mit Angabe der Journale und Autoren geschildert.

Nicht veröffentlichte Fälle.

1. Fall von Prof. Dr. QUINCKE, in Bern zusammen mit Dr. JEANNERET in Chaucedefonds beobachtet, kurz erwähnt bei QUINCKE Krankheiten der Gefässe in Ziemsens, Handbuch der spec. Patholog. VI. Aufl. Bd. 6. S. 325.

Den 13. October 1873: Uhrenfabrikant, 22 Jahre alt, stammt aus einer Familie, in der Nervenleiden und Migräne u. dergleichen niemals vorgekommen; er selbst stellt jegliche Disposition zu nervösen Erkrankungen in Abrede. Seine Sinneskräfte sind ganz normal, er steht an der Spitze eines grossen Geschäftes.

Als Kind von 9 Monaten will er an Scharlach erkrankt gewesen sein; bald darauf begann seine jetzige Krankheit. Sie fing damals an mit periodisch allwöchentlichen Anfällen, gewöhnlich Freitags, Sonnabend und Sonntags.

Letztere traten in folgenden 3 Hauptsymptomen auf:

1) Zuerst waren es Kolikanfälle, bestehend in heftigem Schmerz im Leibe, besonders links unterhalb des Nabels, Appetitlosigkeit, Erbrechen, Durst, Verstopfung; nach dem Anfall Durchfälle.

In dieser Weise gestalteten sich die Anfälle von seinem ersten bis siebenten Jahr; vom siebenten bis vierzehnten blieb er ganz frei, dann gesellten sich zu obigen Symptomen

2) solche, bestehend in umschriebenen Oedemen, besonders in der Gegend der Gelenke (Hand-, Ellbogen-, Finger- u. Phalangycal u. Metaphalangycalgelenke, Knie, Fuss, Zehen);

dieselben waren meist periartikulär, manchmal auch mit Ergüssen ins Gelenk. Doch fanden sich solche Schwellungen auch im Gesicht. Den Eintritt dieser Schwellung kann Patient an einem vorausgehenden Gefühl von Spannung vorhersagen.

Seit einigen Jahren trat dazu

3) starke Schwellung der Larynxschleimhaut, Schleimsecretion, im höchsten Grade Suffokationserscheinungen, so dass oft Cyanose eintrat und stark skarifizirt werden musste. Schlingbeschwerden waren nicht vorhanden.

Nr. 1, 2 u. 3 traten oft zusammen, oft nur zwei von ihnen auf, meist in der Art vikariirend, dass eines als Hauptsymptom erschien. Die Anfälle hielten zwar siebentägige Perioden ein, konnten indess durch äussere Anlässe postponiren und anteponiren. Sie waren verschieden lang (1 - 3 Tage), verschieden heftig. Bei heftigeren Anfällen war eine gewisse Somnolenz vorhanden (24 - 48 Stunden), die die Schmerzen weniger empfinden lässt; dabei stets grosser Durst, reichlicher Urin, nach dem Anfall sedimentirender Urin, aber kein Fieber, die Akme der Anfälle verbrachte Patient im Bette. Bezüglich der Aetiologie giebt er an, dass körperliche Anstrengungen, Märsche, Eisenbahnfahrten die Anfälle verstärkten, geistige Anstrengung, Aerger u. s. w. ohne sichtbaren Einfluss waren. Seit seiner Verheirathung vor 6 Monaten sollen die Anfälle gelinder geworden sein. Vor den Anfällen bekömmt die Brust oft marmorirtes Aussehn, zur Zeit derselben sollen die Pupillen oft erweitert, oft ungleich gewesen sein.

Nach einer Kur in Kissingen hatte er zwei Jahre lang nur Andeutungen der Anfälle; dann kehrte der alte Zustand wieder. Erfolglos war eine Kur in Franzensbad, ungünstig wirkten Bäder im Neuenburgersee.

Während einer mehrtägigen Beobachtung des Kranken im December 1873 wurde folgendes notirt:

Freitag, den 10. Decbr.: Patient kräftiger, wohlgenährter Mann, nicht anämisch, fühlt sich ausser diesem Uebel gesund, objectiv ist an den inneren Organen nichts nachzuweisen.

Bei Betastung des Bauches empfindet Patient Schmerz auf tiefen Druck bei einer Stelle auf der rechten Hälfte des Abdomens, besonders wenn man zugleich etwas seitwärts bewegt; ebenso an der entsprechenden hinten in der Lumbalgegend, sowie bei Druck auf die proc. transversi.

Eine ähnliche Schmerzhaftigkeit will er vor einigen Jahren auf einer Stelle oberhalb der Symphyse gehabt haben.

Ausser obigem fühlt er eine Spannung in der linken Hand.

Sonnabend. den 12. Decbr. Mittags: Allgemeinbefinden gut, am rechten Kniee leichte Schwellung, nachzuweisen

als subcutanes Oedem vorn über der Patella ohne Röthung. Ausserdem fühlt er Schwellung im Hals. Pharynxschleimhaut leicht geröthet, etwas geschwollen und granulös.

Morgenurin 1035, klar, ohne Eiweiss, Abends Spannungsgefühl und leichtes Oedem an der Dorsalseite des rechten Handgelenkes. sonst Wohlbefinden.

Sonntag, 12. Decbr., Vorm.: Seit der Frühe stechender Leibschmerz an derselben Stelle, wie am 10. d. M., der auf Druck sehr vermehrt wird. Auf Druck an dieser Stelle will Patient auf der correspondirenden Stelle der linken Abdomenhälfte einen Schmerz fühlen. Pharynxschleimhaut viel blasser und viel weniger geschwollen, als neulich.

Es wurde damals ordinirt: Friedrichshaller Bitterwasser, stets an den Tagen vor dem Anfall, sonst nach Bedürfniss, damit täglich ein Stuhl erfolgte.

Nach fünfjähriger Abwesenheit, während deren von Zeit zu Zeit Berichte von dem Patienten einliefen, zeigte sich derselbe am 28. Januar 1878: Zustand qualitativ derselbe; die Anfälle kommen noch immer alle 8 Tage, doch weniger heftig, besonders häufig am Halse. Fühlt er die Prodromi des Anfalls und nimmt ein starkes Fussbad, so kann er den Anfall wesentlich mildern; ebenso wird der Anfall durch Ruhe abgekürzt. Selten dauert er über 24 Stunden. Patient hat inzwischen zwei Kinder, eine Tochter, die von dem Uebel ganz frei ist und einen Knaben, den Patienten von

2. Fall. Dieser, ein Jahr alt, hat ähnliche Anfälle, die seit seinem 3. Monat bemerkt wurden. Er ist im Uebrigen gesund, sehr lebhaft, zu Erkältungen nicht disponirt. Muskulatur mässig entwickelt, Bauch etwas gross, Blutgehalt normal; Stuhl regelmässig. Bei ihm treten an Extremitäten und Gesicht (erst ein einziges Mal im Halse) Schwellungen auf; die Anfälle kommen in weniger regelmässigen Intervallen. Wie beim Vater geht erst eine rothe Marmorirung der Brust den Anfällen voraus. Schon den Abend vorher, aber auch im Anfall selbst ist der Knabe reizbar; er kann dann nichts essen, erbricht alles, verträgt nur Getränke, trinkt viel.

Urin ist im Anfall sparsam, der erst gelassene dunkel, concentrirt, die folgenden sehr reichlich und hell.

3. Fall, Ambulanz von Prof. Dr. QUINCKE 16. Juni 1880. Heinrich M., 38 Jahre alt, Arbeiter, kömmt mit der Angabe, dass sich heute Morgen in 10—20 Minuten sehr beträchtliche Schwellung der Oberlippe entwickelt habe; letztere ist stark ödematös, stellenweise nur an der Innenfläche (Schleimhaut) ödematös erhoben.

Dieselbe Schwellung war schon wiederholt aufgetreten, zuerst im vorigen Sommer und bei grosser Hitze, nach körperlichen Anstrengungen, fast nur in den Morgenstunden.

Ausser an der Oberlippe wiederholten sich Schwellungen

Schlingbeschwerden gehabt haben, die nach 2 Stunden sistirten; Untersuchung des Schlundes ergab vermehrte Röthung. Doch gibt Patient zugleich an, dass er zu dieser Zeit insofern Athemnoth gehabt hätte, dass die durch die Nase zugeführte Luft nicht genügte. Er lokalisirt deutlich das Hinderniss der gehabten Empfindung nach der Höhe des Kehldeckels, empfand Schmerzen beim Ausstrecken der Zunge.

Nachmittags: Schwellung an der linken Seite des Halses, zuerst rechts, dann links, geröthet, wärmer anzufühlen.

4. December: In der Nacht. hat sich 3 Finger breit über dem Nabel eine handtellergrosse 1 ½ cm hohe Schwellung gebildet, in der Mitte am dicksten, nach der Peripherie abnehmend. Linker Kleinfingerballen geschwollen, schmerzhaft; am Rücken thalergrosse Schwellungen.

5. December: Patient erwacht mit ca. 3 cm. dicker Oberlippe; nach 2 Stunden Schwellung zurückgegangen, dagegen fängt die linke, 1 Stunde darauf die rechte Backe an zu schwellen, wobei sowohl Haut wie Schleimhaut betheiligt ist.

Patient kömmt ins Lazareth, nachdem er vorher vergeblich mit Chinin in grossen Dosen behandelt worden.

6. December: Ausser geringer Schwellung am rechten Oberschenkel nichts Neues.

7. December: Morgens frei, Abends 5 Uhr Anschwellung der Volarseite des linken Daumens um 1 cm, Schwellung des ganzen linken Fussrückens. Patient bekömmt pro Tag 2 Mgr. Atropin als Injection. Temperatur wird öfters am Tage gemessen, keine Erhöhung.

8. December: Linker Fussrücken beträchtlich, Daumen ganz abgeschwollen. Neue Eruptionen sind nicht vorhanden.

9.—18. December vollständig frei mit Ausnahme vereinzelter Quaddeln. Wird als geheilt entlassen.

19. December: Patient hat andern Tag in der Kälte exercirt, bekömmt während des Vormittags starke Anschwellung in der Inframaxeillargegend: Abends verschwunden.

20. December: Linkes Auge am oberen und unteren Lid leicht angeschwollen.

Die nächsten Tage wurde befallen Aussenfläche des rechten Oberschenkels, rechte Backe; die ganze Zunge in der Weise geschwollen, dass die Mitte der Zunge frei bleibt, zu beiden Seiten starke Verdickung in die Breite vorhanden ist. An diesem Tage wandert die Schwellung gegen die Basis der Zunge hin.

27. December: Abends 5 Uhr ganze Flexorenseite des linken Vorderarms nach vorausgegangenem starken Spannungsgefühl derart geschwollen, dass der linke Vorderarm 1—1 ½ cm dicker ist, als der rechte.

Hermann Asmus, 25 Jahre alt, Kaufmann, derzeit Seesoldat in Kiel, ist ein kräftig gebauter Mann, stammt aus gesunder Familie; er selbst hat im 10ten Lebensjahr die Masern, im 11ten Nervenfieber, im 16ten ebenfalls Nervenfieber überstanden. Im 18ten Lebensjahr litt er 8 Tage lang an Erisypelas. Seither fühlt er sich ganz wohl, objectiv ergibt die Untersuchung keine Veranlassung, ein tieferes Leiden anzunehmen.

Patient trat am 1. November beim Militär ein, bemerkte nach 8 Tagen seiner Dienstzeit an verschiedenen Stellen seines Körpers geröthete Anschwellungen, die circumscripter Natur gewesen sein sollen; so gibt er als solche Stellen den Vorderarm, Rücken, Gegend des Kehlkopfes an.

Am 29. November meldete er sich krank wegen Erkrankung am linken Auge; das linke obere Augenlied bildet eine wallnussgrosse Geschwulst, durch Fingerdruck leicht als ödematöse Schwellung nachweisbar, geröthet, wärmer als die übrige Haut, keineswegs schmerzhaft.

Ausserdem zeigen sich den Urticariaquaddeln ähnliche Erhebungen; doch waren sie viel grösser als diese und fehlte jegliches Juckgefühl. Innerhalb 2 Stunden die Schwellung verschwunden.

Am 30. November: Morgens zwischen 6 und 10 Uhr Scrotum bis zu Kindskopfgrösse, Penis um seine doppelte Dicke angeschwollen, so dass Patient ohne Beiseiteschieben des Praeputiums nicht uriniren konnte. Auch diese Schwellung ödematös, fühlte sich aber im Anfang kalt an, war wachsfarben, während sich später Röthung und vermehrte Lokaltemperatur einstellte; Schmerzen nicht vorhanden, nur ein Gefühl der Schwere. Ferner finden sich am rechten Oberschenkel und rechter Hüfte thalergrosse im Abnehmen begriffene Schwellungen. Ueber das Abdomen unterhalb Nabelhöhe verbreitet sich ein landkartenförmiges Erythem, ohne papulöse Erhebungen, Besteht Abends noch, dazu hat sich am linken Handgelenk ein 2 Thaler grosses Oedem innerhalb 2 Stunden gebildet; Scrotum und Penis kleiner geworden. Urin eiweissfrei.

1. December, Morgens 10 Uhr: Rechtes untere Augenlied bedeutend angeschwollen; das Erythem ist verschwunden und von der oberen Grenze derselben aufwärts ein Oedem entstanden von der Ausbreitung eines Handtellers, 1 cm. hoch.

2. Decbr., Morgs. 9 Uhr: Linke Zungenhälfte 1 cm. dicker als rechte; des Nachmittags umgekehrtes Verhältniss; an der rechten Fussohle am Uebergang zu den Zehen Schwellung, die beim Gehen Schmerzen macht.

3. Decbr., Morgs. 10 Uhr: Zwischen 8. und 11. Rippe links ausgebreitetes Erythem, auf dem Rücken grosse Quaddeln; Schwellung an der Sohle zurückgegangen, eine solche am äusseren rechten Fussrand und Ferse entstanden, Beim Erwachen will Patient

der oberen Augenlieder, der Füsse, der Hände, die ebenso rasch entstanden, als sie nachher verschwanden.

Innere Organe ganz gesund, kein Fieber, Allgemeinbefinden gut, An der Rachenschleimhaut ist Röthung und Wulstung zu constatiren. Leider entzog sich Patient ferneier Beobachtung.

4. Fall von Prof. Dr. QUINCKE (März 1881). Eine 36-jährige Frau, kräftig, wohlgenährt, aber ziemlich anämisch aussehend, leidet häufig an ohnmachtähnlichen Anfällen mit hysterischen Erscheinungen; sie verspürt dabei fliegende Hitze. Ihre geistige Stimmung und körperliche Leistungsfähigkeit sind sehr wechselnd und veränderlich. Ausser obigem treten aber vorübergehend ohne bestimmten Typus ödematöse Schwellungen auf im Gesicht und an den Händen, die auch der Umgebung auffallen; Röthung ist dabei nicht vorhanden.

Wegen dieser Schwellungen fürchteten die Angehörigen ein Nierenleiden; der Urin ist frei von Eiweiss.

5. Fall von Prof. Dr. QUINCKE am 11. Febr. 1881,

Assessor St., sonst gesund, leidet seit 2 Monaten an seinem Uebel. Dasselbe begann mit Anschwellung der rechten untern Extremität; drei Tage später Wanderung nach dem Augenlied, der Stirngegend, Arme und Hand. Die geschwollenen Partieen jucken während des Auftretens.

Stat. praes. am 11. Febr. Linker Unterarm gleichmässig angeschwollen, linke Hand fühlt sich auf dem Dorsum teigig an.

Maximalumfang des rechten Unterarms 28½ cm.. des linken Unterarms 30 cm.

Ausser dieser Schwellung, die sich bis zur Mitte des Oberarms verbreitert und auf Druck Gruben hinterlässt, sieht man noch eine fleckige Röthung, die der Form nach einer Urticaria entspricht. Zur Zeit der Eruption war das Ellbogengelenk sehr schmerzhaft; Patient giebt an, dass sich solche Gelenkschmerzen häufig, nicht nur an den direct befallenen, sondern auch an andern Gelenken einstellten. Ob dieser Schwellung die quaddelförmigen Erscheinungen vorausgegangen, ist nicht bekannt. Die Eruption findet in Form rother, grosser, etwas prominenter, stark juckender Flecken statt, die, wie Patient glaubt, auf dem Maximum ihrer Prominenz blasser aussehen; sie findet binnen 15—30 Minuten statt, wird befördert durch Kratzen, besteht circa 24 Stunden. Auch der behaarte Kopf wird vorübergehend befallen, einmal auch das Gaumensegel.

Dem Patienten ist Regelung der Diät, Karlsbader Wasser, Atropin, Solut. Fowler verordnet.

Da der Patient Kiel verlassen hat, ist über den Fortgang des Uebels nichts ermittelt.

6. Fall: Als sechsten Fall erlaube ich mir einen während meiner Dienstzeit als Marinearzt beobachteten mitzutheilen:

28. December: Unterhalb der rechten Mammagegend wieder handgrosse ½ cm hohe Anschwellung.

29. December: Oberhalb der linken Mamma ringförmige Anschwellung von 7 cm. Durchmesser; die Peripherie besteht aus einzelnen, knötchenartigen resistenteren Partieen, die Partie innerhalb des Kreises ist wenig geschwollen und blässer als die Peripherie.

30. December bis 2. Januar: Unteres und oberes Augenlid rechts, Vorderseite des linken Oberschenkels, rechte Hüfte, Brust, rechter Oberschenkel befallen; dazwischen Eruptionen von grossen Quaddeln.

3. Januar: Patient kömmt mit der Klage, dass er, wenn er das Kinn einzieht, also den Kehlkopf nach hinten andrückt, den Druck eines Hindernisses verspürte; Druck zu beiden Seiten des Kehlkopfes ist schmerzhaft.

Im Lauf des Monats sind die Anfälle geringer geworden, doch sind jeden Tag kleinere Schwellungen zu verzeichnen; eine stärkere findet sich am 11. Januar, wo der Hals enorm dick angeschwollen ist.

Am 24. Januar Scrotum zum zweiten Mal angeschwollen, doch nicht so bedeutend, wie das erste Mal.

Die Krankheit hindert ihn nicht am Dienst, er hat keine Beschwerden davon; doch soll er einer erneuten Atropinbehandlung unterzogen werden.

Veröffentlichte Fälle.

Im Anschluss daran theile ich, um die Zahl der beobachteten Fälle voll zu machen, einen Auszug aus der Literatur mit:

7. Fall. (Archiv der Heilkunde, Band XV, S. 70, von Dr. CUNTZ.)

K. F., 21 Jahre alt, hat ausser Rubeolen, keine Kinderkrankheiten gehabt. Die Mutter litt an Urticaria, die wenig Beschwerden machte und deren Ursache unbekannt war.

Im 18. Lebensjahr verspürte er eines Tages lebhaftes Kitzeln in den Augenlidern und auf dem rechten Handrücken, bald darauf unter dem linken, unteren Augenlid eine zweigroschengrosse, schlaffe 1 cm hohe Blase mit halb durchsichtigem Inhalt. Die Umgebung der Blase juckte heftig; Nachmittags verschwunden. In der Zeit von 1 Stunde hat sich am Präputium eine ähnliche Blase gebildet. Diese Erscheinungen wiederholten sich am 3ten und 4ten Tag, um auf 3 Jahre nicht wiederzukehren.

In seinem 21. Jahr fing der linke Handteller an zu jucken; gegen Abend zeigt sich schon dem Verlauf des Arc. volac. superf. entsprechend eine 1 cm hohe Anschwellung. Urticaria war nie bei ihm vorhanden.

8. Fall (ibidem von Dr. CUNTZ).

Mädchen, 16 Jahre, wird seit 4 Jahren in 14tägigen bis vierwöchentlichen Intervallen von einem Ausschlag befallen, wobei im Gesicht und Händen verschieden grosse, flach erhabene rothe Stellen entstehen, oft mit kleinen wasserhellen Blasen, die nach 24 Stunden verschwunden sind. Ausserdem 2mal Anschwellung der unteren Augenlider und weichen Rachentheile, die bald wieder verschwanden. Vor Eruption des Ausschlags fühlt sich Patient matt und will gefröstelt haben. Jucken war nicht vorhanden.

9. Fall (Deutsch-mediz. Wochenschrift 1880 Nr. 17, S. 225 von Dr. GOLTZ).

Herr N., 30jähriger Diplomat, will vor einem Jahr an einer Urticaire erkrankt sein, die sich auf den Rachen geworfen habe. Mitte Juni Klage über Schmerzhaftigkeit beim Schlucken, objektiv Röthung des Gaumensegel; dagegen

20. Juli Gaumensegel und Uvula durch stark ödematöse Schwellung prall gespannt, von glasigem Aussehen. Nach seiner Angabe hatten auch die früheren Erkrankungen mit dieser Schwellung angefangen. In den nächsten Tagen ging die Schwellung zurück, während sich plötzlich am 22. Juli eine Schwellung auf der Extensorenseite der beiden Vorderarme an symmetrischen Stellen einstellte. Dieselbe war geröthet, juckte nicht. Nach ca. 2 Tagen trat an deren Stelle Schwellung des Scrotums, später an den Armen, an der andern Seite des Oberschenkels.

Nach 8 Tagen Krankheitsprozess erloschen, die Haut schilferte nicht ab, Fieber nie vorhanden.

10. Fall (Berl. Klin. Woch. 1880 Nr. 11, v. Dr. LAUDON).

Frau Ch. Feierabend, 28 Jahre alt, ausser Bleichsucht nie krank gewesen, in der Familie keine Disposition für Nervenkrankheiten vorhanden.

Am 21. August 1878 soll sie während Anstrengung und Erkältung an Anschwellung der linken Hand erkrankt sein; am andern Morgen war die rechte befallen. Nach einer Pause von acht Tagen zeigt sich der linke Fuss und die innere Seite des linken Unterschenkels angeschwollen, ebenso später rechts.

Am 9.—10. October rechte Wange und Augenlider, am 11. linker Fussrücken und Sohle, 11.—12. linke Schulter, am 15. Octbr. das Gesäss, neben der Röthung kleinere resistenter Partieen. Einige Wochen Stillstand, wieder Anschwellung des Fusses und der Hand und Aufhören der Krankheit.

Allgemeinzustand war nie gestört; nächtliche Schweisse zur Zeit der Anfälle; Gelenke frei, Urin normal.

11. Fall: (ibidem von Dr. LAUDON). Dr. L. selbst zog sich die Krankheit durch Erkältung zu. Zuerst zeigte sich eine Anschwellung des Pharyx, am andern Morgen des Penis und der

linken Scrotalhälfte, deren Beginn sich durch leichtes Jucken und vermehrte Wärme kund thut; dann mit Intervallen Anschwellungen des Daumenballens, links und rechts, der Ballen des Fusses und der Haut der Fusssohle, des Mundes und Supraorbitalpartie.

Turnus 8—14 Tage mit kurzen Intervallen. Die Anfälle sollen durch eine startgehabte grosse Anstrengung (schwere Geburtshülfe) plötzlich wieder hervorgerufen worden sein.

Allgemeinzustand ausser nächtlichen Schweissen gut.

Gesammtdauer 10 Wochen. Chininbehandlung ohne Erfolg.

12. Fall. (Archiv der Heilkunde, Jahrg. XV, S. 63, 1874 von Dr. CUNTZ).

F. B., Posamentier, gesund und aus gesunder Familie, hat in frühester Jugend an Nesselfriesel (Urticaria) gelitten.

In seinem 28. Lebensjahr bemerkte er, dass der äussere Fussrand zu schwellen begann, wobei die Haut dieselbe Röthung zeigte, wie gewöhnliche Quaddeln.

Vom 28. bis 36. Jahr litt er an zeitweisen Urticariaeruptionen, die die Beschwerden des Hautjuckens veranlassten.

Seit seinem 36. Jahre entstehen, öfter zugleich mit Urticariaquaddeln, Anschwellungen, die ebenso rasch kommen und gehen, ebenso jucken und wenn sie auf der äusseren Haut ihren Sitz haben, ebenso aussehen, wie die Quaddeln. Bald ist die Backe, die Zunge, der Mundboden, bald die Hand, der Fuss Sitz einer solchen Anschwellung, die meist circumscript ist. Nach dem Verschwinden ist die Haut pigmentlos, schilfert nicht ab.

Seit Anfang Juni diese Anschwellungen beinahe alle Tage. Mitte Juni erwacht Patient mit grosser Athemnoth und Erstickungsangst und kitzelndem Gefühl im Hals. Alles dieses ist nach einigen Stunden verschwunden. Am selben Tage neue Quaddeln über den ganzen Körper.

In den nächsten Tagen abwechselnd Anschwellungen der Augenlider, Lippen (halbseitig), Kinngegend, Kleinfingerballen, Scrotalhälfte (2mannsfausthoch geschwollen), der Conjunctiva bulbi et palpebrarum, der Zunge, des rechten Mittelfingers, des Ohrläppchens u. s. w. Immer sind wieder ein bis vier Tage Stillstand.

Einmal war heftiges Kopfweh und einmal Brustschmerzen ohne sichtbare Schwellung vorhanden. Ungefähr alle Stellen des Körpers waren mindestens 1—2 Mal befallen.

Während der ganzen Zeit ist ein Erfolg von Chinin, Kal. jodat. nicht geschehen. Der Zustand hat sich im Lauf des Jahres gebessert.

13. Fall: (von Dr. CUNTZ ibidem).

G., 28 Jahre alt, eine mit dem zehnten Kinde schwangere Frau, hat auch ausserhalb der Schwangerschaft an Urticariaeruptionen zu leiden. Sie bemerkte neben Urticaria mehr oder minder

starke circumscripte Anschwellungen von rother Farbe, so besonders an den Augenlidern, die rasch kommen und verschwinden.

14. Fall: (Nordiskt Medicinskt Arkiv, 1874, Bd. VII Nr. 16, von Dr. LEVIN).

Dr. LEVIN hat die von ihm beschriebene Affection an sich selbst beobachtet. Ohne besondere Ursache sah er in 15 Minuten auf der rechten Seite der Oberlippe eine enorm grosse Schwellung sich entwickeln, die das Gefühl der Spannung, niemals aber Schmerz verursachte. Nach einer halben Stunde war die Schwellung ebenso rasch verschwunden als sie gekommen war. Dieselbe Erscheinung wiederholte sich zweimal an derselben Stelle, einmal an der ganzen Unterlippe und am Kinn; das 2te Mal war die Schwellung beträchtlicher und dauerte länger, 3—4 Stunden; Compression, Massage ohne Erfolg. Er führte die Schwellung auf Thrombose oder spastische Contraction der Lymphwege mit Erweiterung der angrenzenden Partieen zurück.

Es wäre nun Aufgabe, die hervorragendsten Symptome der angeführten Fälle zu analysiren, die Gründe anzuführen, wesshalb das geschilderte Krankheitsbild unter die Kategorie der Gefässneurosen zu stellen ist und zu beweisen, dass wir in diesen intermittirenden Schwellungen eine von andern bekannten verschiedene, selbständige Aeusserung besagter Nervenstörungen vor uns haben.

Was erst die Lokalisation der Schwellungen anlangt, so erstrecken sich dieselben in den meisten Fällen auf die äussere Haut und die Schleimhaut zu gleicher Zeit, so dass man dieses Zusammentreffen nicht als zufälliges Nebeneinander, sondern als von derselben Ursache bedingtes ansehen muss. Die Oedeme der äusseren Haut befallen überwiegend die Extremitäten, weniger häufig den Rumpf, das Scrotum u. s. w. und sind allen Fällen gemeinsam.

Von den sichtbaren Schleimhäuten sind es mit besonderer Vorliebe die der Augenlider, die Lippen, die Zunge und der weiche Gaumen, die zu wiederholten Malen befallen werden; die Schwellungen im Pharynxeingang führen häufig zu Suffokationserscheinungen. Für einige Fälle deuten gewisse Symptome an, dass dieselben Prozesse, akute Transsudation und Oedembildung, auch an unsichtbaren Schleimhäuten vor sich gegangen sind. So sehen wir im Fall 12 eines Morgens den Patienten mit grosser Athem-

noth und Erstickungsgefühl unter kitzelndem Gefühl im Hals erwachen, wir sehen in Fall 6, wie der Patient unter deutlicher Empfindung eines Hindernisses in der Höhe des Kehlkopfes bedeutende Athemnoth hatte und in Fall 1 dieselbe zu starker Cyanose führte und durch Scarificationen im Larynxeingang erleichtert werden musste.

Spricht schon das kitzelnde Gefühl und die deutliche Empfindung eines lokalen Hindernisses dafür, dass in der Höhe des Kehlkopfes eine Anschwellung vorhanden war, so wird dies noch bestätigt durch die Angabe meines Patienten am 3. Januar, dass er durch Anziehen des Kinns und in Folge dessen Druck gegen den Kehlkopf ein deutliches Hinderniss fühlte, und dass er in den Stunden seiner Athemnoth Schmerzen beim Ausstrecken der Zunge gehabt. Was soll man hier anders denken, als dass ein akutes Oedem des Pharynx- und des Larynxeingangs, namentlich der den Zungengrund mit der Glottis verbindenden Schleimhautfalten bestanden hatte?

Eine ähnliche Erklärung finden die Leibschmerzen, die der Patient in Fall 1, namentlich bei Druck auf gewisse Stellen des Abdomens empfindet. Es sind meiner Ansicht nach Circulationsstörungen der Intestina von Seiten der Gefässnerven. Die Schmerzen bezögen sich dann auf zeitweise Oedeme an den entsprechenden Stellen der Darmschleimhaut. Dieselben bewirkten auch die jedesmaligen Durchfälle nach den Anfällen früherer Zeit, sei es, dass durch den Reiz des lokalen Oedems die Peristaltik stark angeregt wurde oder dass eine vorübergehende durch Schwellung eines Darmstückes bedingte Stenose die Diarrhöen ähnlich erklären lässt, wie die einer längeren Verstopfung durch andere Stenose nachfolgenden Diarrhöen. Bemerkenswerth sind die in Fall 1 beschriebenen intraarticulären Ergüsse ins Kniegelenk.

Alle diese Schwellungen fasse ich also als reine Oedeme auf. Die sichtbaren sind durch die nach Druck zurückbleibenden Gruben als solche leicht zu erkennen, die Symptome, die für ähnliche Oedembildung in inneren Or-

ganen sprechen, scheinen diese Annahme hinreichend zu rechtfertigen.

Was berechtigt uns nun, dieses Krankheitsbild zu den Angioneurosen zu rechnen und was stellen wir überhaupt für Anforderungen an den Begriff der Angioneurose? Wir verstehen darunter eine periodische Erregung oder Erregbarkeitsschwankung in bestimmten Gefässnervenbahnen, entweder vermittelt durch das Hauptcentrum für die Gefässnerven, die Medulla oblongata, oder direkte Einwirkung der krankheitserregenden Ursache auf peripher gelegene Theile derselben. Der Effect einer solcher Disposition zu Störung der den Tonus der Gefässe regulirenden Nerven zeigt sich am auffallendsten in einer Erschlaffung der kleinen arteriellen Hautgefässe, einer lokalen Störung der Blutcirkulation und den daraus resultirenden pathologisch anatomischen Veränderungen der Haut.

Ein Hauptcharakterzug für die Angioneurose liegt weiter darin, dass dieselben von den zuerst befallenen Hautbezirken auf benachbarte und ganz entlegene Gefässbezirke, wo Anastamosen gar nicht vorhanden sind, übergreifen, und dass sie sehr gerne typisch, in mehr oder weniger regelmässigen Intervallen auftreten.

Die Anforderungen erfüllt unsere Krankheit durchaus. Da haben wir dem physiologischen Experiment der Durchschneidung von peripheren vasomotorischen Nerven entsprechend Röthung, lokale Temperaturerhöhung. Aber ergibt dieses physiologische Experiment vermehrte Transsudation in die Haut, oder zeigt pathologisch z. B. die Hemikranie, die eine Hauptrepräsentantin einer rein vasomotorischen Neurose ist, Ödeme? Weil dies nicht der Fall ist, müssen wir, wie schon in der Einleitung angedeutet, noch irgend andere Momente herbeiziehen, welche diese reichliche Transsudation von Flüssigkeit erklären. Wir beschränken uns mit der Bezeichnung »Gefässnerven« eben nicht nur auf die Thätigkeit der den Gefässmuskeln vorstehenden motorischen (vasomotorischen) Fasern, sondern sehen uns gezwungen, auch solche anzunehmen, die ihren Einfluss auf anatomische Veränderung, auf den Stoffwechsel

in den Zellen selbst ausüben. Eine Analogie bieten uns die Versuche, die Ludwig durch Sympaticusreizung mit der Speichelsekretion gemacht hat. Durch diese ist der Nerveneinfluss auf die Zellen selbst constatirt und zwar deckt sich dieser, wie wir es auch für unsern Fall annehmen, nicht mit dem vasomotorischen; denn die Flüssigkeitsbewegung, die durch Nervenreizung von den Drüsenepithelien hervorgerufen wird, kann auch ohne Blutcirkulation geschehen.

In welcher Weise allerdings eine Zellen- oder Gewebsveränderung anzunehmen ist, ob in Form von Alteration der feinen Capillargefässwände, die einen Durchtritt von Flüssigkeit erleichtert, oder in einer Veränderung des perivasculären Bindegewebes, wodurch die Saugewirkung desselben gesteigert sein könnte, möchte ich nicht entscheiden.

Bei dieser Anschauung der Verhältnisse kann ich allerdings auch dem Einwurf nicht widersprechen, dass es sich dann eigentlich neben der Angioneurose oder vielmehr als Miteffekt derselben schon um die ersten Uebergänge in Entzündung (trophische Entzündung) handelt. In der That ist ja der Schritt zu letzterer nicht sehr gross; doch könnte ich eine eigentliche Entzündung nicht einräumen; hiergegen spricht die rasche Resorption, die bei Entzündung nicht möglich wäre und den Durchtritt von Zellen mit der Flüssigkeit, wie bei Entzündung der Fall, bei unserer Krankheit ausschliesst.

Auf ähnliche Verhältnisse weisen uns die nicht selten beobachteten Ödeme hin, die bei manchen Frauen und Mädchen zum Beginn und während der Menstruation besonders an den Knöcheln, aber auch andern Körpertheilen auftreten. Pathogenetisch betrachtet ist die Entstehungsweise derselben wohl eine ähnliche und zeigt uns den Zusammenhang mit der durch Störung der Gefässnerven bedingten Form der Circulationsanomalien ganz deutlich, indem ja während der Menstruation auch die verschiedensten anderen Nervenstörungen vorkommen.

Mir sind zwei solche Fälle bekannt:

Fall 1. von Prof. QUINCKE beobachtet:

Jetzt 30jährige Frau, nur von 12—20 Jahren menstruirt, seitdem nicht mehr. Zur Zeit der Menses oft Buntwerden der Haut, Schwellung der Beine, ab und zu circumscripte Anschwellung am rechten Fussgelenk; letztere tritt auch jetzt noch zuweilen bei Aufregung auf. Sie besteht in einer faustgrossen Anschwellung an der Vorderseite des rechten Fussgelenkes, die Stelle sieht roth aus, ist aber weder heiss noch juckend, noch schmerzhaft. Die Schwellung währt einige Stunden. Patientin hat auch anderweitige nervöse Störungen.

Fall 2. (Nordiskt Medicinsk Arkiv, 1874, Band VII, von Dr. LEWIN.)

Lewin hat bei einer jungen Frau jedesmal bei Beginn der Menstruation Schwellungen der Ober- und Unterlippe beobachtet, die nach einiger Zeit wieder verschwanden.

Auch die Beobachtung, wie in Fall 1 u. 2 dem Anfall jedesmal Röthungen, d. h. Fluxionen nach der Brust vorausgingen, zeigt einen augenblicklich pathologischen Innervationszustand im Gefässsystem.

Dass solche Dermatosen einfach durch Einwirkung auf die Gefässnerven entstehen können, darauf weisst auch ein Fall von Wagner (Archiv der Heilkunde, Band XI S. 319) hin. Nach Injection von Atropin in die Haut des rechten Handgelenkes finden die heftigsten Eruptionen von Quaddeln an dieser Stelle statt. Hier ist die Wirkung auf die Gefässnerven deutlich. Dass die Atropinwirkung nicht, wie vorwiegend zuerst, eine Verengerung, sondern Paralyse der Gefässe war, ist uns erklärlich, da die Nervengifte je nach Intensität und Dauer der Einwirkung verschieden wirken. Wir haben in diesem Falle allerdings keine Oedeme, sondern Quaddeln, doch geht auch für unsere Oedeme der daraus zu entnehmende Einfluss auf das Gefässnervensystem hervor, da wir das Auftreten der verschiedenen Dermatosen ansehen als unter wechselnden Bedingungen sich verschieden gestaltende Produkte einer gemeinschaftlichen Disposition zu Störung der Hautcirkulation. Intermittirende Oedeme im Zusammenhang mit Nervenaffectionen sehen wir in einigen Fällen (WAGNER ibidem) im Gefolge von Supraorbitaneuralgieen reflectorisch entstanden.

Wenn wir obige Definition der Angioneurose gelten

lassen, so möchte ich das rasche Verschwinden der Oedeme folgendermassen erklären: Ich nehme an, dass abwechselnd Contraction und Paralyse der Gefässwände stattfindet und die andern supponirten Veränderungen intermittiren, dass also, wenn der Paralyse wieder eine Contraction gefolgt ist, die abführende Thätigkeit des Lymphapparates sich wirksam entwickeln kann, weil keine neue Flüssigkeit aus den Gefässen nachströmt, die Bedingungen für leichten Austritt einer solchen gehoben sind.

Auch das zweite Moment, was eine Angioneurose kennzeichnet, bietet unsere Krankheit. Die Schwellungen ziehen förmlich hin und her, von Haut zu Schleimhaut, von einem Organ zu irgend einem entlegenen. Endlich sehen wir sie in einigen Fällen einen regelmässigen Turnus einhalten; bei einigen Patienten ermangeln wir leider des ferneren Verlaufes ihres Leidens. Gerade diese rythmische Anenergie der Gefässnerven sehen wir bei andern Neurosen (Hemikranie), besonders deutlich bei den Gelenkschwellungen die unter dem Namen Hydrops articulorum intermittens von Seligmüller (Deutsch-mediz. Wochenschrift 1881 Nr. 6) zusammengestellt und als Angioneurosen beansprucht sind. Diese Analogie heranzuziehen, berechtigen sehr die in Fall 1 geschilderten intraarticulären Ergüsse ins Kniegelenk, die als Paralyse und wohl auch sonstige Veränderung der zu der Gelenkkapsel ziehenden Capillaren aufzufassen sind.

Als weitere Beweise zu Gunsten der Auffassung als Angioneurose führe ich noch das gute Allgemeinbefinden zur Zeit der Anfälle an und in Anbetracht der Thatsache, dass die Erblichkeit der sog. Neurosen eine häufige ist, vindicire ich auch der in Fall 2 und 7 offenkundigen Erblichkeit ihren Antheil an dem Beweiss für Angioneurose. Augenblicklich kann ich 2 solche Fälle anführen:

1. Fall (Vor kurzem vorgestellt in der mediz. Klinik von Prof. Dr. QUINCKE).

Patient bekömmt bei Einwirkung von Kälte Quaddeln und besonders an Theilen, die äusseren Temperatureinflüssen ausgesetzt sind (Augenlidern, Lippen, Händen, Zehen), ebenso Schwellung der Lippen und Eruptionen an andern Körpertheilen bei Nacht, wenn solche blossliegen. Die betroffenen Stellen jucken während

der Eruption, vergehen, sobald Patient in die Wärme kommt, vergehen aber auch nach permanentem Verweilen an der Kälte. Patient leidet daran, so lange er denken kann, jedenfalls seit seinem 12. Jahre; die Affektion verschlimmerte sich bis zum 20., seitdem stationär; Eruptionen fast täglich.

Seine Mutter hat als Mädchen in ähnlicher Weise an Nesselfieber gelitten, besonders an den Unterarmen. Von 3 Brüdern und Schwestern leidet keines daran. Dagegen eine Cousine, Tochter der Mutterschwester, bekömmt bei Nacht zeitweise auftretende Schwellungen der Oberlippe, die sich nach dem Erwachen verlieren.

2. Fall. (Virchows Archiv, Band 25, S. 605 von Dr. MOSLER):

K. stud. med. litt in seiner Jugend an Nesselsucht. Er blieb eine Zeitlang verschont, bis das Uebel wieder auftrat und sich in regelmässigen Zwischenräumen von 8—14 Tagen wiederholte. Es beginnt mit Jucken auf der Haut der Extensoren des Vorderarms und am Metacarpus des Daumens und kleinen Fingers, Volarseite des Vorderarms und Brust, das Kratzen veranlasst, nach einigen Sekunden röthet sich die Stelle und treten Quaddeln auf. Das Jucken verschwindet und nach $^1/_2$—1 Stunde ist alles vorbei. Mutter war jahrelang von derselben Plage heimgesucht, ausserdem 2 jüngere Brüder, mit ganz verschiedener Lebensweise.

Wenn die in meinem Fall offenkundig eingetretene Besserung nicht der warmen Luft und Ruhe im Lazareth, sondern dem Atropingebrauch zuzuschreiben ist, so würde auch dieser Umstand für Angioneurose sprechen.

Ob der Ursprung der Störung central oder peripher zu suchen ist, lässt sich schwerer entscheiden. Das Willkürliche und Unregelmässige in Sitz und Ausbreitung, das Fehlen des Fiebers, dessen Vorhandensein viel eher auf Betheiligung des gesammten Gefässnervensystems hinweisen würde, veranlasst mich, den Ausbruch der Störung mehr peripher zu suchen.

Beispiele, dass es auch eine lokale Einwirkung auf die peripheren Gefässnerven gibt, haben wir an der Anwendung der Kälte, die gleichfalls zu consekutiver Paralyse der Gefässe führt und an einem Bericht von Heusinger (Archiv der Heilkunde, Band XI); es handelt sich dort um einen Patienten, bei dem, nach stärkerer, äusserer Berührung sofort Schwellungen an den betreffenden Theilen auftraten.

Auch hier war jedenfalls eine ähnliche Disposition vorhanden.

Nun sind aber unter die Kategorie der Angioneurosen sehr viele andere Krankheitsformen zu zählen, von denen einige Aehnlichkeit mit den unsrigen zu haben scheinen. Am leichtesten ist man vielleicht geneigt, diejenige Form mit unserer Krankheit zu identifiziren, mit der sie in drei Fällen gemischt vorkömmt, die Urticaria. Es gilt daher, dieser sowohl, wie einigen andern gegenüber die Selbständigkeit unseres Krankheitsbildes festzustellen.

Es sind unter obigen Fällen elf, deren Verschiedenheit von Urticaria deutlich zu Tage tritt. Nicht nur, dass in 6 Fällen davon jegliches für Urticaria characteristische Jucken fehlt, es sind dieselben auch niemals mit Quaddeleruptionen verbunden.

Man könnte darauf erwiedern, dass jene diffuseren Schwellungen als eine Urticaria in den tiefer gelegenen Schichten der Haut aufzufassen wären. Doch nehmen dieselben theilweise zu grosse Ausdehnung an, um der mehr circumscripten Natur von Urticariaausschlag Stand zu halten. Des Weiteren spricht dagegen die genaue Beobachtung, wie in Fall 1 die Schwellungen am rechten Knie am 11. December und in meinem Fall (6) die Schwellung des Scrotums bei ihrem Auftreten blass und wachsfarben waren, und erst später sich rötheten, und in Fall 4 die Oedeme niemals mit Röthung einhergingen; dagegen spricht ferner die Beobachtung, wie in Fall 1, 2, 7 (später Fall 6) die Patienten einen kommenden Anfall an spannendem Gefühl in den betreffenden Theilen vorhersagen konnten und in Fall 2 schon den Abend vorher ein gereizter Zustand den Ausbruch des Anfalls verkündete.

Diese beiden Umstände, das Einsetzen der Schwellung ohne Röthung in einigen Fällen und das Fühlen der Prodromi entspricht nicht dem Auftreten der Urticaria. In Fall 2 und 3 treten die Transsudate in Form von förmlichen »Blasen» auf, die keineswegs Aehnlichkeit mit Urticaria haben; in einem dieser Fälle scheint die Disposition zu

Nervenstörung von der an Urticaria leidenden Mutter vererbt, doch hat sie sich in anderer Form dokumentirt.

Nun scheint es allerdings auch Uebergangsformen zu den mit Urticaria vermischten zu geben; ich betrachte den von mir beobachteten Fall(6) als einen solchen, gebe aber nicht zu, dass er schon zu Urticaria zu zählen ist. Es finden sich hier neben den Oedemen allerdings Quaddeln, aber diese sind doppelt und dreifach so gross, als echte Urticariaquaddeln, bleiben oft ein bis zwei Tage zurück und jucken niemals, während letztere nicht so lange anhalten, eine entsprechende Grösse nur durch Confluxion aus mehreren kleineren erreichen und stets von Jucken begleitet sind. Auch dem Erythem, das sich am 30. November landkartenförmig über das Abdomen verbreitete, kann ich keine Identität mit dem sog. Erythema urticans zusprechen; denn es war eine diffuse Röthung ohne papulöse Erhebung; bei Erythema urticans aber sind Quaddeln vorhanden, die nur von umgebender Röthung etwas verdeckt werden.

Nur 3 Fälle (5, 12, 13) haben wir als Mischform zwischen Oedemen und Urticaria anzusehen; hier treten die Quaddeln mit Jucken auf, werden als Urticariaquaddeln geschildert und in Fall 12 hat sich die Affektion in der Jugend als reine Urticaria ohne Oedeme, im späteren Alter als beides zusammen dokumentirt.

Wegen des typischen Verlaufes läge auch der Gedanke nicht ferne an Malariainfection und zwar an die sogen. Intermittens larvata, von der wir wissen, dass statt der sonst charakteristischen Intermittenssymptome periodische Schwellungen auftreten. Dieselbe wird als durch Infection erzeugte, toxische Angioneurose betrachtet. Das Fehlen des Fiebers würde diese Annahme nicht umzustossen im Stande sein, da bei dieser Form der Intermittens die Körpertemperatur erhöht oder normal sein kann; auch die in Fall 1 beschriebenen intermittirenden Durchfälle, das die Anfälle begleitende Durstgefühl würde sich damit vereinigen lassen. Bei der durchschnittlich langen Dauer unserer Krankheit jedoch wäre anzunehmen, dass, wie es bei Intermittens larvata thatsächlich der Fall ist, Congestionen nach den Unterleibsorganen

(Milz, Leber) hätten eintreten müssen. Dieser Umstand, das Wohlbefinden auch während der Anfälle, namentlich aber der fruchtlose Gebrauch von Chinin, das auf Intermittens larvata dieselbe Wirkung hat, wie auf gewöhnliche Intermittens und zuletzt die Erheblichkeit in Fall 2 u. 7, lenken die Aufmerksamkeit von dieser Aetiologie ab.

Mit Erisypelas haben unsere Fälle den Ortswechsel von einem Gefässbezirk zu dem andern gemeinsam (Erisypelas fugax); dagegen weisen zwei Momente, Fehlen jeglichen Fiebers und der Abschilferung der Haut nach Verschwinden der Oedeme jegliche Gemeinschaft mit Erisypelas zurück.

Kommen wir auf die Veranlassungen zu unserem Leiden zu sprechen, so ergibt die Zusammenstellung, dass in einigen Fällen (6, 10, 11) der Kälte eine ätiologische Bedeutung zuzusprechen ist. So ist doch z. B. bei meinem Fall auffallend, dass Patient gerade mit der Zeit, wo er den Tag über in der Kälte stehen musste (er war früher stets auf dem Comptoir beschäftigt), sein Leiden bekam, und auch Laudon (Fall 10 u. 11) sucht in beiden Fällen die Veranlassung in einer Erkältung. Ganz evident ist aber die Einwirkung der Kälte in einigen ähnlichen Fällen. So berichten Uhle und Wagner in ihrem Handbuch über Allgemeine Pathologie S. 304 über Oedeme an Gesicht, Augenlider, Hals und oberem Brusttheil bei Chlorotischen, wenn sie sich kalter Luft aussetzen, und in dem oben als Anmerkung citirten Fall von Prof. Quincke ist der Einfluss der Kälte geschildert. Hieher gehört weiter die Selbst-Beobachtung von Behier, der bei jedem kalten Bad Urticaria bekam und ein von Dr. Ungar (Berl. Klin. Woch. 1881 N. 48 p. 10) mitgetheilter Fall, wo Patient, wenn er ins Freie ging, Urticaria mit Asthma bronchiale (Angina pectoris vasomotoria?) bekam; beide Erscheinungen liessen nach, sobald er in die warme Stube kam.

Es bringt eben die Kälte auf abnorm erregbare Nerven eine Wirkung hervor, die bei normaler Erregbarkeit nicht auftritt.

Allerdings ist in den obigen Fällen (6, 10, 11) und

ausserdem in Fall 1 u. 3 neben Erkältung auch Anstrengung als das Leiden hervorrufend und befördernd angegeben. So will Dr. Laudon (11) durch eine einmalige Anstrengung, die er auf eine schwere Geburtshülfe anwandte, ein Recidiv seines Leidens hervorgerufen haben. In welcher Weise der Einfluss der Anstrengung vor sich gehen soll, ist schwerer zu erklären.

Als weitere Aetiologie ist die im Verlaufe schon in 2 Fällen nachgewiesene Erblichkeit zu betonen.

Die Prognose scheint, was einen vollständigen Rückgang des Leidens anlangt, schlecht zu sein. Die Dauer erstreckt sich doch immer auf einige Jahre mit kürzeren oder längeren Intervallen.

Bezüglich der Therapie sind wir nach den bisherigen, allerdings wenigen Erfahrungen im Stande, symptomatisch auf die Anfälle einzuwirken. So haben wir gesehen, dass in Fall 1 eine Kur in Kissingen, also Ableitung auf den Darm eine zwei Jahre dauernde Milderung der Anfälle, und Ruhe sowie Fussbäder während eines Anfalls denselben abzukürzen vermochten. In meinem Fall ist die Wirksamkeit des Atropin, wenn nicht erwiesen, so doch wahrscheinlich, indem unmittelbar nach den Injectionen die Schwellungen zu sistiren begannen.

Die Krankheit wird seltener Gegenstand ärztlicher Behandlung werden, da sie im Allgemeinen wenig Beschwerden macht; doch können diese Schwellungen an verschiedenen Organen (Scrotum, Larynx) sehr lästig und unter Umständen selbst gefährlich werden.

Man sollte glauben, dass mit einer Therapie, die zu Veränderung in der Erregbarkeit des Gefässnervensystems führen kann, eine Heilung erzielt werden sollte. Es wären da weitere Versuche mit Atropin, Ergotin, Elektrizität u. s. w. zu machen.

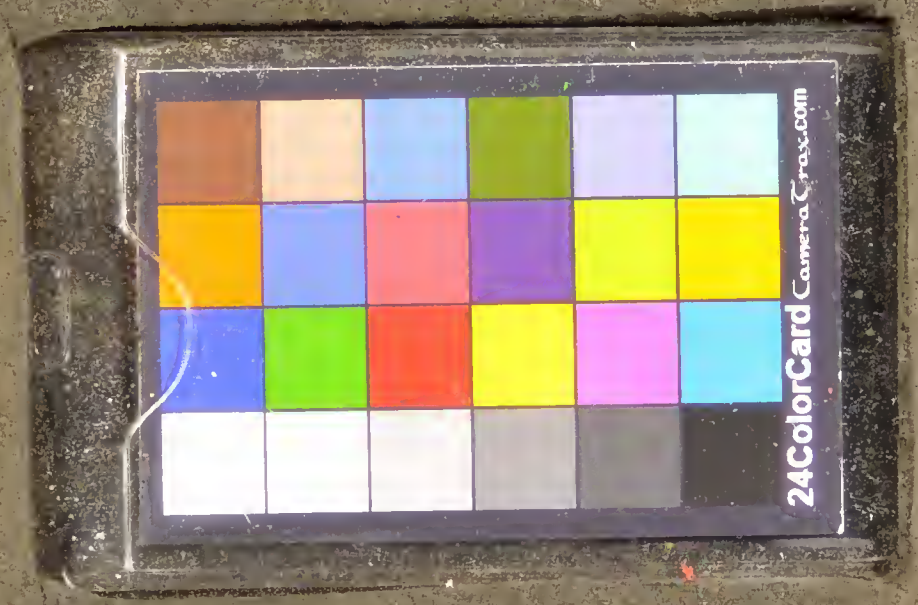
Zum Schluss gestatte ich mir, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. Quincke, für gütige Ueberlassung des Materials und liebenswürdige Unterstützung bei Anfertigung der Arbeit an dieser Stelle meinen aufrichtigen Dank auszusprechen.

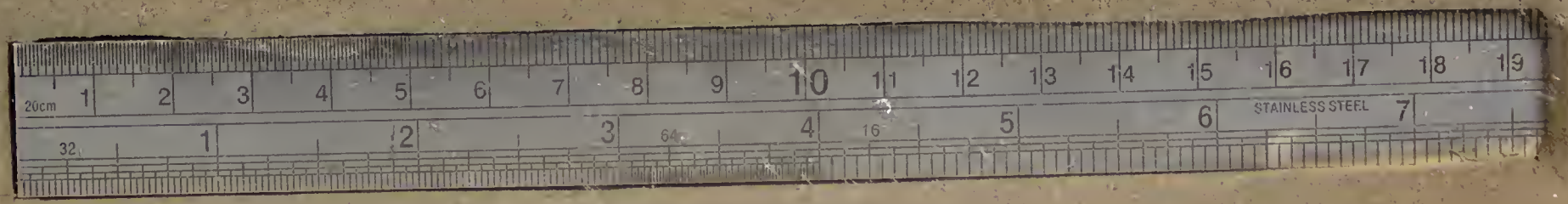
Thesen.

1. Zum Auftreten von Oedemen ist eine functionelle Erkrankung der Capillargefässwände zu supponiren.
2. Bei Sectio alta ist die offene Wundbehandlung vorzuziehen.
3. Chinolinum tartaricum ist kein günstig wirkendes Antifebrile.

Vita.

Ich, Eugen Wilhelm Dinkelacker, lutherischer Confession, bin geboren am 15. Juni 1858 zu Eschenau, Oberamt Weinsberg (Württemberg), als der Sohn des jetzigen Gerichts-Notar Ferdinand Dinkelacker in Schwäbisch-Hall. Nachdem ich vom Jahr 1858 bis 1870 in Ulm im elterlichen Hause erzogen und das dortige Gymnasium besucht, vertauschte ich dasselbe vom Jahr 1870 bis 1872 mit dem Lyceum in Kirchheim unter Teck, von Herbst 1872 bis 1876 mit dem Obergymnasium in Heilbronn a. Neckar, wo ich das Abiturientenexamen bestand. Nach viersemestrigem Studium der Medizin in Tübingen bestand ich das Tentamen physicum Herbst 1878, studirte von Herbst 1878 bis Herbst 1879 in Freiburg i. Br. und von Herbst 1879 bis Herbst 1880 in Kiel. Herbst 1880 liess ich mich exmatrikulieren und unterzog mich dem medizinischen Staatsexamen; am 1. April 1881 trat ich als Einjährig-Freiwilliger beim Königl. Holsteinischen Inf.-Reg. Nr. 85 in Kiel ein, bestand als solcher unter dem 8. Juli das Staatsexamen und unter dem 16. Juli das tentamen rigorosum. Am 15. November 1881 trat ich als Einjährig-Freiw. Marinearzt in Kiel ein.


24ColorCard
CameraCross.com


20cm
STAINLESS STEEL